

**Modulo di iscrizione alla selezione**

**SPETT.LE  
ISTITUTO ASSISTENZA ANZIANI "VILLA SPADA"  
VIA ALDO MORO 125  
37013 CAPRINO VERONSE**

**OGGETTO: DOMANDA PER LA PARTECIPAZIONE ALLA SELEZIONE DEL CORSO PER FORMAZIONE COMPLEMENTARE IN ASSISTENZA SANITARIA DELL'OPERATORE SOCIO SANITARIO – OSS-FC – ORGANIZZATO DALLA REGIONE VENETO.**

Il/La sottoscritt\_ \_\_\_\_\_

Nat\_ a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_ Cellulare \_\_\_\_\_

Residente \_\_\_\_\_

Dipendente dell'Istituto Assistenza Anziani "Villa Spada" di Caprino Veronese dal \_\_\_\_\_;

**CHIEDE**

1. l'iscrizione alla selezione per il corso in oggetto
2. che ogni comunicazione sia inviata al seguente indirizzo mail \_\_\_\_\_

**DICHIARA**

1. di essere in possesso del titolo di OSS o di titolo equipollente;
2. (se cittadino straniero) di possedere una buona conoscenza della lingua italiana, parlata e scritta;
3. di aver svolto attività lavorativa in qualità di OSS per almeno 24 mesi (indipendentemente dal datore di lavoro);
4. di aver preso visione dell'avviso prot. n° del \_\_\_\_\_, impegnandosi a rispettare quanto in esso contenuto;
5. di aver preso visione della normativa di riferimento del corso in oggetto;
6. di autorizzare il trattamento dei propri dati ai sensi del Reg. (UE) n. 2016/679.

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_